SPORTELLO di accoglienza e
consulenza psicologica

CONSENSO INFORMATO

Da compilarsi a cura dei genitori degli studenti fruitori del servizio

Esercente responsabilità genitoriale 1 (padre oppure tutore)

Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Residente in	
Indirizzo	
Cod. Fiscale	
Num. di cellulare	
e-mail	

Esercente responsabilità genitoriale 2 (madre)

Cognome e nome	
Luogo e data di nascita	
Residente in	
Indirizzo	
Cod. Fiscale	
Num. di cellulare	
e-mail	

Il Sig._____
e La Sig.ra _____
Sono/è informati/o sui seguenti punti in merito al piano di intervento nei confronti di _____
C.F.: _____
da parte del Dott. Pietro Petrilli, Psicologo iscritto all' Albo professionale degli Psicologi del Friuli Venezia-Giulia n.2460.

1. Il piano di sostegno psicologico prestato dal professionista sanitario è finalizzato al conseguimento di un migliore benessere psicofisico personale del minore e ha validità per l'anno scolastico in corso;

2. Lo strumento principale di intervento sarà il colloquio clinico. Questo avrà durata stimata di 60 min., e sarà condotto con frequenza da concordare in base alla complessità del piano di intervento;
3. Potranno essere usati strumenti conoscitivi per gli interventi di prevenzione e le attività di sostegno in ambito psicologico;
4. Il professionista sanitario è strettamente tenuto ad attenersi al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani;
5. Il professionista sanitario si ispira ai principi sanciti dagli artt. 1 e 3 della L. 219/17 in tema di consenso informato;
6. Il professionista si impegna a far firmare un consenso informato per piano di intervento. Gli esercenti la responsabilità genitoriale/il tutore sono altresì informati sui limiti giuridici di riservatezza sanciti dai seguenti articoli del Codice Deontologico degli psicologi;
7. Lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale. Pertanto non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali effettuate o programmate, a meno che non ricorrano le ipotesi previste dagli articoli seguenti;
8. Lo psicologo si astiene dal rendere testimonianza su fatti di cui è venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto professionale. Lo psicologo può derogare all'obbligo di mantenere il segreto professionale, anche in caso di testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta, comunque, l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso;
9**.** Nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, lo psicologo limita allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica del soggetto. Negli altri casi, valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.

Il Sig. _____
e La Sig.ra _____ o
il tutore _____, dopo aver ricevuto e compreso le informazioni, ovvero aver avuto modo di chiarire ogni dubbio, prestano/presta il consenso informato al piano di intervento psicologico in programma nei confronti di _____

Firma esercenti responsabilità genitoriale/tutore
Sig./Sig.ra _____
Sig./Sig.ra_____

Luogo e data, _____

In caso di impossibilità a raccogliere entrambe le firme dei genitori si invita a firmare in calce alla seguente dichiarazione:
Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni non veritiere, dichiara che l'altro genitore dell'alunno/a è a conoscenza e in accordo con quanto dichiarato e richiesto con il presente modulo.

Firma esercenti responsabilità genitoriale/tutore
Sig./Sig.ra _____